



Fordypningsoppgave

VAE727 Aldring og eldreomsorg

Rehabilitering av pasienter rammet av hjerneslag

Sykepleiers opplevelse av tverrprofesjonelt samarbeid

Rehabilitation of patients affected by stroke

Nurse's experience of inter-professional collaboration

Mona Bae Helseth

Totalt antall sider inkludert forside: 60

Molde, 20.05.2016



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.05.2016

Antall ord: 11165

Sammendrag

Bakgrunn: Årlig rammes om lag 15000 personer i Norge av hjerneslag. I tillegg til at sykdommen er en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemning, så har den også store økonomiske konsekvenser, både for den enkelte og for samfunnet for øvrig.

Slagrehabiliteringen er omfattende og krever en stor innsats, både fra pasienten selv og fra involverende helsepersonell. Tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å oppnå gode resultater, og hvordan det tverrfaglige teamet samarbeider, påvirker både graden av fremgang og liggetid.

Hensikt: Å belyse sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag, og hvilke implikasjoner dette kan ha for sykepleiepraksis.

Metode: Litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Sykepleier oppga samhandling med andre profesjoner, definisjon av egen rolle, og tidsmangel som faktorer som påvirket det tverrprofesjonelle samarbeidet. Travelhet førte til at sykepleier nedprioriterte de tverrfaglige møtene, og rehabiliteringen av pasienten. Sykepleiere opplevde også at det var de som var bindeleddet og koordinatoren mellom de ulike aktørene, samtidig så viste noen studier at sykepleiers funksjon kunne være noe uklar, både for sykepleieren selv og for de øvrige team medlemmene. Respekt og anerkjennelse for hverandres fagkompetanse påvirket det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Konklusjon: Det å ha kjennskap til hverandres profesjoner ga trygghet og selvtillit, og gjorde det lettere å samarbeide på tvers av profesjonene. Sykepleier har en sentral rolle for ivaretagelse av omsorg, koordinering og administrering. Stor arbeidsmengde og travelhet gikk på bekostning av sykepleiers deltagelse på de tverrfaglige møtene, internopplæring og pasientens mobilisering.

Nøkkelord: Slag, rehabilitering, tverrprofesjonelt samarbeid, sykepleiers erfaringer/rolle/funksjon.

Summary

Background: Each year about 15000 people are affected by stroke in Norway. In addition to that, the disease is a predominant cause of severe disability, so it also has major economic consequences, both for the individual and for society. Stroke rehabilitation is extensive and requires a big effort, both from the patient and from involving health professionals. Multi-disciplinary cooperation is essential to achieve good results, and how the multi-disciplinary team collaborates, influences the degree of progress and length of stay.

Purpose: To illuminate the nurse's role in the inter-professional collaboration around the patient to be rehabilitated after a stroke, and what implications this may have for nursing practice.

Method: Literature study based on 10 qualitative research articles.

Result: Nurses reported interactions with other professions, definition of their role and lack of time, as factors that influenced the inter-professional collaboration. Heavy workload caused the nurse abandoned the multidisciplinary meetings, and rehabilitation of the patient. Nurses also found that it was they who were the link and coordinator between the various professional, while some studies showed that nurse's function could be somewhat unclear, both for the nurse and for the other team members. Respect and recognition of each other's expertise influenced the inter-professional collaboration.

Conclusion: To have knowledge of each other's professions gave confidence and self-esteem, and made it easier to collaborate across professions. Nurses have a key role in safeguarding care, coordination and administration. Heavy workload went on the cost of the nurse's participation in the multidisciplinary meetings, internal training and patient mobilization.

Keywords: Stroke, rehabilitation, inter-professional collaboration, nurse's experiences / role / function

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt.....	2
2.0	Teori	3
2.1	Hjerneslag.....	3
2.2	Rehabilitering ved hjerneslag.....	4
2.3	Tverrprofesjonelt samarbeid.....	4
2.4	Individuell plan.....	5
2.5	Pårørende.....	5
2.6	Sykepleiefaglig identitet.....	6
3.0	Metodebeskrivelse	7
3.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier	7
3.2	Datasamling.....	8
3.2.1	Plan for litteratursøk.....	8
3.2.2	Litteratursøking	8
3.3	Kvalitetsbedømming	9
3.4	Analyse.....	10
4.0	Resultat	12
4.1	Tverrprofesjonell samarbeidslæring.....	12
4.2	Møtestruktur og ledelse	13
4.3	Sykepleier, bindeleddet og koordinatoren mellom de ulike aktører	14
4.4	Ulike syn på sykepleiers rolle.....	15
4.5	Travelhet og tidsmangel påvirket sykepleiers hverdag	16
5.0	Diskusjon.....	18
5.1	Metodediskusjon	18
5.2	Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1	Samhandling med andre profesjoner.....	20
5.2.2	Sykepleierrollen i det tverrprofesjonelle samarbeidet.....	24
5.2.3	Travelhet og tidsmangel.....	31
6.0	Konklusjon.....	34
7.0	Litteraturliste.....	35
	Vedlegg 1: Oversikt over artikler	
	Vedlegg 2: Oversikt over søkestrategi	
	Vedlegg 3: PIO- skjema	

1.0 Innledning

Hvert år rammes ca. 15000 personer av hjerneslag i Norge. Personer over 70 år er mest utsatt, og forekomsten øker med alderen. Hjerneslag er også den tredje hyppigste dødsårsaken, og er en dominerende årsak til funksjonshemning (Helsedirektoratet 2010). Da antallet av eldre vil stige i tiden som kommer, regner man med at i løpet av de neste 20 år vil tilfeller av hjerneslag øke med om lag 50 %. Hjerneslag medfører store konsekvenser for den enkelte, samtidig som det fører til store økonomiske kostnader både for helsetjenesten og for samfunnet for øvrig. Det anslås at hjerneslag koster i snitt 600 000 kroner samlet pr. pasient. Kostnad og grad av funksjonshemning henger sammen, og man kan redusere kostnadene dersom man gjennom rehabilitering og behandling også reduserer funksjonshemningene. Helsedirektoratet anslår at hjerneslag koster Norge årlig 7-8 milliarder kroner (Ibid).

Rehabilitering har vært en lovpålagt oppgave både for kommunene og spesialisthelsetjenesten i mange år. I kommunehelsetjenesten har rehabilitering vært en oppgave siden lov om helsetjenesten trådte i kraft i 1984 (Bredland 2011).

I følge Jacobsen et.al (2009), kan mange eldre rehabiliteres helt eller delvis, men at slagrehabiliteringen er omfattende og krever en stor innsats. Ikke bare fra pasienten selv, men også fra de pårørende og fra involverende helsepersonell.

Helsepersonell skal ta utgangspunkt i pasientens ressurser, behov og mål, for på den måten bidra til en meningsfull rehabilitering. Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid er sentrale momenter i rehabiliteringen (Jacobsen et al.2009).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010), så er tverrfaglig samarbeid viktig for å oppnå gode resultater. Hvordan det tverrfaglige teamet samarbeider, påvirker både graden av fremgang og liggetid. Det tverrfaglige teamet skal sammen med pasienten utarbeide mål for behandling og rehabilitering, samt planlegge videre oppfølging og utskrivning. Teamet bør ha ukentlige tverrfaglige samarbeidsmøter med fast struktur i tillegg til daglige mer uformelle møter. Det å se det helhetlige mennesket fra bare et ståsted kan være vanskelig, og derfor er det viktig med ulike

faggrupper som ser de ulike sider ved pasienten. Dette er med på å danne et helhetlig perspektiv på pasientens behov (Helsedirektoratet 2010).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien var å belyse sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag, og hvilke implikasjoner dette kan ha for sykepleiepraksis.

2.0 Teori

2.1 Hjerneslag

Hjerneslag er en fellesbetegnelse på blødning fra hjernes blodårer, og blir av Verdens Helseorganisasjon definert som «en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelser i hjernes funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død» (Helsedirektoratet 2010, s.8). 85-90 % av alle hjerneslag er hjerneinfarkt, mens hjerneblødning, som er den mest alvorligste tilstanden, utgjør ca 10-15% av tilfellene. 3-5% er hjernehinneblødninger. Hjerneslag er også den vanligste årsaken til nevrologisk funksjonstap (apopleksi), som innebærer plutselig tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon (Bertelsen 2011).

Et hjerneslag kan gi forskjellige funksjonsutfall, avhengig av hvor i hjernen skaden inntreffer, og hvor stor og omfattende blødningen eller infarkt er (Bertelsen 2011). De mest typiske funksjonsutfall er svelgevansker, tale/språkvansker, halvsidige lammelser, neglekt, smerter, blære- og tarmforstyrrelser, svekket balanse, bevissthetsendringer, reduserte mentale funksjoner og psykiske plager. Alle disse påvirker den slagrammedes evner til å utføre daglige aktiviteter, og evnen til å fungere i hverdagen (Ibid).

Emboli er den vanligste årsaken til hjerneslag. Embolier dannes ofte i halspulsåren eller i hjertet. Viktige underliggende årsaker er aterosklerose og atrieflimmer. Hjerneblødning kan også oppstå når et intra cerebralt kar sprekker. Årsaker til det kan være ubehandlet høyt blodtrykk over lengre tid, i tillegg til bruk av blodfortynnende legemidler. Lakunære infarkter oppstår ved skade av små arterier i sentrale deler av hjernen, en stor risikofaktor her er hypertensjon. Tromboser i blodkar i halspulsårene eller hjernen kan også forårsake hjerneslag. Andre risikofaktorer foruten hypertensjon og hjertesykdom er røyking, overvekt, diabetes, og høy alder (Bertelsen 2011).

2.2 Rehabilitering ved hjerneslag

I følge St.meld. nr. 21 (1998-99), beskrives rehabilitering som:

Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Helsedirektoratet 2010, 91).

I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, defineres ordet rehabilitering som det å «gjeninnsette verdighet» (2010). Økt selvstendighet i dagliglivet er et hovedmål ved rehabilitering av slagrammede, der man har som mål å oppnå høyst mulig grad av uavhengighet, både fysisk, psykisk, sosialt og ervervsmessig (ibid). Rehabiliteringen bør inneholde trening som øker mulighetene til mestring av ønskede aktiviteter, der miljøet rundt må tilrettelegges for å få mest mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser (Helsedirektoratet 2010).

Gjenopptrening av tapte funksjoner er en læringsprosess, og hjernen har, selv etter et hjerneslag, stor evne til reorganisering. Det vil si at den kan lære et bredt spekter av bevegelser, ikke bare hensiktsmessige, men også uhensiktsmessige og stereotype. Korrekt stimulering av hjernen, kan bare skje via sansene, og derfor lærer pasienten best ved stimulering gjennom berøring, stillingsendring og bevegelse. Det en ønsker å oppnå gjennom trening og stimulering, er å bedre samspillet i hjernen ved å styrke eksisterende forbindelser i sentralnervesystemet, og ved å påvirke dannelsen av nye forbindelser (Helsedirektoratet 2010).

2.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

Tverrprofesjonelt samarbeid består av et team der fagpersoner med kompetanse som utfyller hverandre, og som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Man anser også at resultatet blir bedre ved tverrfaglig samarbeid, enn dersom utøvere av ulike yrkesprofesjoner løser oppgavene individuelt. Tverrfaglighet er også mest hensiktsmessig når oppgavene er sammensatte og utfordrende å avgrense. Tverrprofesjonelt faglig samarbeid innebærer at alle arbeider etter felles klare definerte mål, der alle har et helhetsansvar og er forpliktet til å bidra til måloppnåelse (Bredland 2011).

2.4 Individuell plan

Stortingsmelding nr. 26 fastslår at personer som har behov for samtidige tjenester fra ulike aktører, har rett på å få utarbeidet en individuell plan (Helse- og omsorgs departementet 2015). Innenfor rehabilitering så er en individuell plan det mest brukte verktøyet, og den er et virkemiddel som skal bidra til helhet, koordinering og individuell tilpasning. Den skal bidra til å kartlegge brukers mål, ressurser og behov, og den er også et verktøy for vurdering og koordinering av tiltak. Den har også som hensikt å styrke samhandlingen mellom tjenester, bruker og eventuelt pårørende (Bredland 2011).

Kommunens plikt til å utarbeide individuelle planer er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunen:

Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2014. Kap. 7: §7-1).

I en individuell plan er det brukers ressurser og behov som skal være retningsgivende, og planen skal være et aktivt verktøy som bruker selv oppbevarer og medbringer de ulike hjelpeinstanser. Da rehabilitering er en prosess som er i stadig utvikling, må individuelle planer justeres jevnlig (Bredland 2011).

2.5 Pårørende

I de aller fleste tilfeller er pårørende en ressurs for pasienten, samt at de også er sentrale samarbeidspartnere. De innehar ofte kjennskap til pasientens vaner og behov, og kan formidle dette hvis pasienten selv ikke er i stand til det. Man må heller ikke glemme at de pårørende også kan oppleve tiden etter et slag som en krise, og sykepleier må derfor være oppmerksom på at de også sørger, og trenger oppmerksomhet. Informasjon kan være til hjelp for å forstå og mestre den vanskelige situasjonen som også de nå befinner seg i. Personalet må hjelpe de pårørende til å gi uttrykk for sine behov, da det å bli sett og ivaretatt kan oppleves som hjelp i seg selv. Oppmuntring, informasjon, støtte og hjelp til bearbeiding er alle viktige tiltak for å hindre at familie og nære venner skal trekke seg bort (Kristoffersen et al. 2005).

2.6 Sykepleiefaglig identitet

I helsetjenestene har sykepleiere en viktig rolle, og de er godt etablert. Sykepleiere innehar en faglig kyndig kompetanse i forhold til menneskets helse, normalfunksjon og svikt. De retter oppmerksomheten på de grunnleggende behov hos mennesket, og streber etter at disse skal opprettholdes (Norsk Sykepleieforbund 2011).

Florence Nightingale hadde et holistisk syn på mennesket, og søkte svar på hva sykepleie er gjennom pasientens egne erfaringer og opplevelse ved sykdom. Hun mente også at observasjonskompetanse var en viktig del av sykepleierens praktiske kompetanse, og at observasjon er grunnlaget for sykepleiehandlinger. En korrekt og kontinuerlig observasjon av pasientens tilstand er avgjørende for at pasientens får tilstrekkelig og forsvarlig omsorg i forhold til sin sykdom. Likeså ble empati og gode holdninger viktig i forhold til pasientbehandlingen, og hun vektla at sykepleieutøvelsen skulle være omsorgsfull (Karoliussen 2011).

I et tverrfaglig perspektiv kan det være nyttig å se på sykepleiens historie for bedre forstå sykepleierens rolle og funksjon. Det å ha en sykepleiefaglig identitet handler om at man tar ansvar for hva en står for med tanke på verdier og kunnskaper i utøvelsen av sykepleie. Ved at sykepleierne bringer med sitt sykepleiefaglige perspektiv inn i det tverrfaglige samarbeidet, er det med på at kliniske beslutninger ivaretar pasientens behov ut ifra et sykepleiefaglig ståsted (Norsk sykepleieforbund 2011).

3.0 Metodebeskrivelse

En metode skal si noe om hvordan man bør gå til verks for å fremskaffe og etterprøve kunnskap, samt at den skal belyse problemstillingen man ønsker å få svar på, på en faglig og interessant måte (Dalland 2007). I følge høgskolens retningslinjer for fordypningsoppgave, skal problemstillingen besvares ved hjelp av et litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteratur rundt en valgt problemstilling (Forsberg og Wengstrøm 2008).

3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjon og eksklusjonskriterier er både nyttige og nødvendige for å søke og finne litteratur som er relevant for oppgavens hensikt og problemstilling (Forsberg og Wengstrøm 2008).

De inkluderte artiklene er fra land som er sammenlignbare med norsk kultur. Artiklene skulle være fra 2011 og til dags dato. Artiklene er original/primærartikler, og omhandler sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag. Artikler som omhandlet tverrprofesjonelt samarbeid uten sykepleier i teamet ble ekskludert. Inkluderte forskningsartikler måtte være fagfeller-vurdert, og godkjent av etisk komité. Alle artiklene er kvalitative, og denne metoden er ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) den mest hensiktsmessige når man vil utforske menneskelige opplevelser eller erfaring. Datasamling i en kvalitativ studie er basert nettopp på samtale, observasjon og intervju. En kritisk vurdering av artiklene er nødvendig for å avdekke om studien er relevant, hensiktsmessig og av god kvalitet relatert til oppgavens hensikt (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Sjekklistene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester ble benyttet i analyseringen av artiklene. Disse stiller spørsmål angående studiens hensikt, datainnsamling, utvalg, resultat og etiske overveielser (Kunnskapssenteret 2014).

3.2 Datasamling

3.2.1 Plan for litteratursøk

I juni 2015 startet jeg med å lese bakgrunns litteratur som omhandlet tverrprofesjonelt samarbeid, slag og rehabilitering etter slag. Både forskningsartikler, review artikler, faglitteratur og pensumlitteratur ble gjennomgått.

PICO skjema ble utarbeidet i forkant av artikkelsøk, og skjemaet representerer en måte å dele opp spørsmålet på slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver enkelt bokstav i PICO betegner bestemte momenter som oftest bør være med i et klinisk spørsmål (Nortvedt et al. 2007).

PICO skjemaet ble utarbeidet på følgende måte:

P: Hvilken type pasient eller pasientgruppe: *Stroke, brain stroke.*

I: Intervensjon: *Multidisciplinary, multiprofessional, rehabilitation, nurs, collaboration.*

C: Skal det sammenlignes med noe: *Nei.*

O: Outcome: *Nurses function, experiences, nurse's perspective, nursing role.*

Jeg valgte ikke å benytte C i PICO skjema, den var irrelevant for min problemstilling, og søkestrategien ble derfor utarbeidet ut i fra PIO skjema som inneholdt nøkkelord fra studiens hensikt.

3.2.2 Litteratursøking

Jeg valgte å benytte Ovid søkemotor, og databasen Medline som også er anbefalt av Nordtvedt et al. (2007). PIO-skjema ble brukt under både prøve- og hoved søk, likeså engelske søkeord da denne databasen har dette språket i sin søkemotor.

Avansert søk ble benyttet for å få spesifiserte søk, og trunkering, der man ved å skrive inn begynnelsen på et ord og deretter legger inn trunkeringstegnet (* eller \$) får med alle varianter av ordet (Nordtvedt et al. 2007).

Boolske operatører er kombinasjonsord som «AND» og «OR», og ved å benytte disse mellom bokstavene i PIO-skjemaet så enten utvider eller avgrenser man søk. «OR» utvider

søk ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre ordet, mens «AND» avgrenser ved å kun gi treff på artikler hvor begge søkeordene er med.

Ved å legge inn begrensninger (limits), så begrenset jeg søkene til å gjelde aktuelle artikler. Blant annet begrenset jeg søkene til å gjelde artikler fra årstall 2011 og oppover, og språkene engelsk, norsk, dansk og svensk. De artiklene som ikke var tilgjengelige i fulltekst, ble bestilt via bibliotekets database ved høyskolen i Molde.

Benyttet også MeSH termer (medical subject headings), som er emneord som beskriver innholdet i en artikkel (Wilmann, Stoltz og Bathsevani, 2006).

MeSh termer som *interprofessional teamwork* kombinert med nøkkelordene: *role perceptions* og *nurs**, resulterte i 118 artikler, hvor 62 abstract ble lest, og fire artikler ble lest i sin helhet. Av disse ble to artikler beholdt.

To nye artikler ble funnet gjennom kombinasjon av nøkkelordene: *Collaboration, communication, rehabilitation, stroke* og *interdisciplinary*. Her ble 57 artikler funnet, 20 abstract gjennomgått og tre artikler lest.

Når jeg benyttet nøkkelordet «*stroke*», sammen med øvrige nøkkelord som *multidisciplinary, interdisciplinary, rehabilitation, nurs osv*, så resulterte det i lite funn. Prøvde derfor å utelate nøkkelordet «*stroke*», og bare prøve ulike kombinasjoner av de øvrige nøkkelordene, og dette ga flere resultater. Ved gjennomlesing av abstract, så kom det frem om artikkelen også inneholdt slagrehabilitering, og utvelgelsen av de inkluderte artiklene omhandler alle rehabilitering av slagpasienter.

Kombinasjonen av nøkkelordene: *Nursing role, interdisciplinary, rehabilitation og collaboration* ga 120 artikler, der 40 abstract ble lest, og av 15 leste artikler ble fire beholdt.

MeSH termene «*Rehabilitation nursing*», «*nurses experiences*», «*nurses perceptions*», og «*patient care team, or multidisciplinary*» ble kombinert med nøkkelordenestroke, *interdisciplinary* og *stroke*, ga 348 treff, hvorav 30 abstract ble lest. Av fire leste artikler, ble en beholdt.

I SveMed foretok jeg et manuelt søk på nøkkelordet «*Rehabilitering*», som resulterte i en artikkel.

3.3 Kvalitetsbedømming

Kvalitetsbedømming av artiklene ble utført ved å benytte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2014) sine sjekklister og Norsk samfunnsvitenskapligdatatjeneste (NSD)

(2011). Inkluderende artikler ble gjennom NSD sin nettside <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler> sjekket om de var fagfellelevurdert. Ved å skrive navnet på tidsskriftet som artikkelen ble publisert i, fikk man opp årstallet som vurderingen av artikkelen ble utført. Årstallet ble deretter sammenlignet med årstallet for publisering. Vurdering av vitenskapelig nivå deles inn i nivå 1 og nivå 2. Nivå 1 er ordinære vitenskapelige publiseringsartikler som er fagfellelevurdert, mens nivå 2 er artikler med høyest internasjonal prestisje (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (2014).

Kvaliteten på artiklene ble også utført ut i fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester sine sjekklister (2014). Ni spørsmål skulle besvares med Ja, Nei, eller Uklart. For å bli godkjent måtte de ha 7 av 9 positive svar, og de ble da kategorisert som god.

Tre av artiklene oppgir at godkjenning av etisk komite ikke var nødvendig, på grunn av at ingen pasientinformasjon ble utlevert. Alle tre artiklene har fått kvalitetsvurdering nivå 1, og er derfor tatt med i artikkelsamlingen.

3.4 Analyse

I analysen av artiklene var jeg ute etter å belyse sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag, og hvilke implikasjoner dette kan ha for sykepleiepraksis. Når man analyserer, så betyr det i en vitenskapelig sammenheng å undersøke fenomenet i mindre deler, før de igjen blir sammenlignet med andre resultater og satt inn i en helhet (Forsberg og Wengstrøm 2008). David Evans (2002) fire stegs modell ble benyttet for å utføre syntesen av studien. De fire stadiene inneholder fire faser:

1. Samle utvalget for studiene
2. Identifisere nøkkelfunn i hvert studie.
3. Bestemme hvordan funnene kan relateres til andre studier.
4. Samle felles funn for å kunne generere en beskrivelse av et fenomen.

Første steg i modellen var å samle enheter for analyse, og de ti inkluderte artiklene ble funnet henholdsvis i Ovid Medline og SveMed. Hvordan utvelgelsen ble samlet er beskrevet under litteratursøkingen, i kap. 3.2.2.

Neste steg var å identifiserer nøkkelfunn. Alle artiklene ble derfor grundig gjennomgått flere ganger, og det ble skrevet sammendrag for hver artikkel. Alle artikler ble kopiert opp i flere eksemplarer, og funn ble systematisert ved hjelp av fargekoder. I første omgang så ble alt det som sykepleier oppga å berøre det tverrprofesjonelle samarbeidet markert med en farge. Alle relevante sitat ble markert med en annen farge.

Det tredje steget er å finne relaterte tema på tvers av studiene. På nytt ble fargekoder benyttet for å skille og utheve alle de funn som ble funnet i steg en. Nøkkelord som var av samme karakter på tvers av artiklene ble uthevet i hver sin farge. Motsetninger og kontraster mellom artiklene ble uthevet med egen fargekode. Alle funn ble oversatt til norsk og deretter systematisert i ulike Word dokument, der nøkkelord med hver sin fargekode ble samlet i bolker.

Gjennom denne analysen kom det frem at samhandling med andre profesjoner, sykepleiers rolle og tidsmangel var utfordringer som sykepleier knyttet opp mot det tverrprofesjonelle samarbeidet. Dette ble oppgavens hovedtema.

For å lettere systematisere alle funn, fikk hvert sitt hovedtema også sine undertema. Funn som beskrev de andre profesjonenes oppfatning av sykepleiers rolle, eller som omhandlet sykepleiers funksjon innad i teamet ble også markert med egne fargekoder.

I det fjerde trinnet skal fenomenet/funnene beskrives. Det ble nå sett etter fellestrekk i de forskjellige undertema. For å få et mere ryddigere oppsett, ble alle undertema integrert under de tre forskjellige hovedtema, og deltema overskrifter ble fjernet. Aktuelle sitat som beskrev funnene ble skrevet inn under hvert tema.

4.0 Resultat

Hensikten med studien var å belyse sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag, og hvilke implikasjoner dette kan ha for sykepleiepraksis.

4.1 Tverrprofesjonell samarbeidslæring

Det å vise respekt, og ha kjennskap til hverandres kunnskap og kvalifikasjoner ble verdsatt av både sykepleiere og øvrige team medlemmer i flere av studiene (Aas et al. 2014, Struwe et al. 2013, Johnson et al. 2015 og Croker et al. 2012).

I studien til Struwe et al. (2013) og Johnson et al. (2015), ble et godt samarbeid basert på profesjonell respekt og respekt for hverandres kvalifikasjoner, beskrevet som avgjørende for å kunne gi optimal rehabilitering av pasienten. Et godt samarbeid var basert på respekt og tillit til hverandres kompetanse:

» I tell my colleagues from different units how closely we collaborate on discharge planning, we trust each other with other's expertise» (Johnson et al. 2015, 29).

Dette støttes av studien til Croker et al. (2012), der et godt tverrprofesjonelt samarbeid ble beskrevet som det å respektere og verdsette hverandres kvalifikasjoner.

Sykepleiestudentene i studien til Aas et al. (2014), oppga at gjensidig respekt, og opplevelsen av å være likeverdige medlemmer av teamet ga grunnlaget for god læring. Studentene erfarte i sin praksis at det var lagt stor vekt på å ta ansvar, og det å fordele ansvar innad i teamet. Det å få tildelt ansvar ga etter hvert en økende trygghet, samt at det var en motivasjonsfaktor for videre læring (Ibid).

Manglende respekt og verdsettelse av hverandres kvalifikasjoner og meninger, hadde igjen en negativ påvirkning av det tverrprofesjonelle samarbeidet (Croker et al. 2012, Tyson et al. 2014 og Aas et al. 2014).

Sykepleier i studien til Croker et al. (2012), opplevde at ulikt syn på videre rehabilitering kunne bli diskutert ganske så høylytt, og noen ganger måtte team leder ta kontroll over diskusjonen. Det kunne også bli tatt bestemmelser vedrørende pasientens rehabiliteringsplaner uten at disse var godt nok diskutert innad i teamet, dette opplevde sykepleier som respektløst, og dårlig verdsettelse av hverandres kvalifikasjoner. Det ble

likevel sett på som positivt å diskutere, om enn noe høylytt, pasienten videre forløp da det førte til en bedre pasient behandling (Ibid).

Både i studien til Johnson et al. (2015) og Tyson et al. (2014), så oppgir sykepleier de tverrfaglige møtene som lærerike, i og med at man får input fra de ulike profesjonene. Det at man i fellesskap planla behandling og oppfølging av pasienten, og man lyttet og søkte avklaring og råd fra hverandre, så ble det til det beste for pasienten.

I studien til Tyson et al. (2014), så opplevde sykepleier å bli avbrutt av legen som mente at møtet var ferdig, selv om sykepleier ikke hadde fått diskutert ferdig pasienten. Dette opplevde som krenkende og respektløst. Også sykepleiestudentene i studien til Aas et al. (2014), opplevde usikkerhet de gangene legen ikke viste interesse for deres observasjoner, som igjen førte til at man vegret seg for å ta ansvar.

4.2 Møtestruktur og ledelse

Hvordan de tverrfaglige møtene ble gjennomført, hadde betydning for hvor nyttige og konstruktive sykepleierne opplevde møtene (Tyson et al. 2014 og Johnson et al. 2015).

Ved fire avdelinger i studien til Tyson et al. (2014), oppga sykepleier at årsaken til at de tverrfaglige møtene ble så konstruktive, skyldes effektivitet, og at man sørget for at ikke «diskusjonene skled ut». God møtestruktur og ledelse ble verdsatt, alle fikk anledning til å uttale seg, og man fikk formidle det man mente var viktig informasjon, til det beste for pasienten:

«..Everyone was able to contribute relevant facts and information appropriately, and to talk things over and ask question» (Tyson et al. 2014, 1244).

Ved de siste fire avdelingene i studien til Tyson et al. (2014), ble møtene beskrevet som ineffektive. Noen kom for sent, var dårlig forberedt, medvirket lite under møtene, og noen møtte ikke opp. De synes ikke å kjenne pasientene godt, selv ikke de som hadde vært ved avdelingen en god stund. Det var også en tendens til at de ulike profesjonene beskrev sine observasjoner som «sykepleierens perspektiv, eller fysioterapeutens perspektiv (Tyson et al. 2014).

De tverrfaglige møtene var de anledninger der man fikk samlet alle på en gang. I tillegg til faglig prat, ble også det sosiale aspektet vektlagt (Tyson et al. 2014, Croker et al. 2012).

Ved å bli kjent på et mer personlig plan, så bidro det til at samarbeidet ble bedre. Det ble lettere å be om hjelp, man ble kjent med hverandres styrke og svakheter og man kunne utfylle hverandre på en god måte. Man oppnådde også en gjensidig respekt for hverandre som enkeltmennesker (Croker et al. 2012, Tyson et al. 2014 og Struwe et al. 2013).

«We are good at helping each other and know each other`s strengths» (Struwe et al. 2013, 146).

4.3 Sykepleier, bindeleddet og koordinatoren mellom de ulike aktører

Sykepleier blir i flere av studiene beskrevet som den som er bindeleddet og koordinatoren mellom de ulike aktørene, og også den som involverer de pårørende i rehabiliteringen (Burke og Doody 2011, Muller-Juge et al. 2013, Ruud og Heggdal 2013, Aas et al. 2014).

Teammedlemmene beskrev sykepleiers rolle som den som var bindeleddet mellom de ulike aktørene i teamet. Det var sykepleieren som samlet og formidlet informasjon angående pasienten på møtene. Det var også sykepleier som involverte de pårørende i rehabiliteringsprosessen, de sørget for at de pårørende fikk den nødvendige informasjonen, noe som trygget dem når pasienten skulle hjem (Burke og Doody 2011 og Muller-Juge et al. 2013).

Planlegging, koordinering av de ulike instanser, og kontakten med pårørende var oppgaver som falt på sykepleieren. Sykepleierne oppga også at det var de som samlet all informasjon angående pasienten fra de ulike faggruppene, og utarbeidet tiltak som dermed ble tilpasset den enkelte pasient. Sykepleierne opplevde at de andre profesjonene i teamet hadde forventninger om at det var nettopp deres oppgave å samle alle trådene rundt pasienten. Selv om sykepleierne oppga at de opplevde en stor forventning av deres rolle innad i teamet, så mente de likevel at de ulike aktørene samarbeidet godt, og at de utfylte hverandre i rehabiliteringsprosessen (Ruud og Heggdal 2013).

Dette følges opp av studien til Aas et al. (2014), der både sykepleierstudenter og medisinstudenter erfarer at det er sykepleieren som koordinerer alt rundt pasienten. Sykepleierstudentene opplyser at de gjennom praksisen får opplæring i at sykepleier er den som samler trådene rundt pasienten, tar ansvar for pasientforløpet, og de har også et øye med at pasienten får den oppfølging og pleie han skal ha. De føler et ansvar ovenfor pasienten, og de ser de oppgaver som andre profesjoner overser (Aas et al. 2014).

Å utarbeide rehabiliteringsplaner var hovedfokuset når pasienten ble innlagt avdelingen. En av sykepleiernes viktigste oppgaver var å se til de planene som ble utarbeidet ved rehabiliteringsavdelingen, ble fulgt opp når pasienten kom hjem. Derfor ble både hjemmetjenesten, pasientens pårørende, eller andre familiemedlemmer oppmuntret til å fortsette treningen sammen med pasienten i hjemmet (Struwe et al. 2013). Dette ble utført forskjellig i studien til Struwe et al. (2013). Ved to avdelinger fungerte samarbeidet med hjemmetjenesten godt. Hjemmetjenesten følte et ansvar for å følge opp de planene det tverrfaglige teamet hadde utarbeidet, og teamet på sin side så til at rehabiliteringen ble fulgt opp i hjemmet. Ved de to andre avdelingene i samme studie, var det mye frustrasjon over at treningen stoppet opp så snart pasienten ble utskrevet. Dette skyldes at det var opptil ansvarlig hjemmesykepleier som bestemte hvordan videre forløp skulle være. En av sykepleierne uttalte:

» Sometimes it is frustrating...I phone them, I wrote it down, and made all the effort: and then the patient goes home, and nothing works» (Struwe et al. 2013, 147).

4.4 Ulike syn på sykepleiers rolle

Hvordan sykepleier opplevde sin rolle i den tverrprofesjonelle sammenhengen, kunne oppleves forskjellig. I noen artikler så var det flere som formidlet at de opplevde at deres rolle var noe uklar, både for dem selv og for de øvrige medlemmene av teamet. Mens andre igjen hadde en klar oppfatning av sin rolle som sykepleier (Burke og Doody 2011, Clarke og Holt 2011, Muller-Juge et al. 2013 og Struwe et al. 2013).

I studien til Clarke og Holt (2015) oppga aktørene i teamet at sykepleiers rolle var å hjelpe pasienten til å bli selvstendig, både i daglige gjøremål og i ADL. Sykepleier skulle i alle sammenhenger der hun bisto pasienten, legge til rette for trening og selvstendighet. I tillegg hadde sykepleier ansvar for oppfølging av ernæring, BT, smerter osv.

Sykepleiers rolle i studien til Muller-Juge et al. (2013) ble oppgitt av både leger og sykepleier til å være den som sikret pasientens oppfølging under hele oppholdet. De tok vare på pasientens fysiske så vel som psykiske behov, samt at de i tillegg utførte legens forordninger og medisinske bestemmelser. Profesjonene vektla viktigheten av å jobbe i team mot et felles mål.

Sykepleiere i studien til Bruke og Doody (2011) opplevde uklartheter i forhold til deres rolle i rehabiliteringen av pasienten. De opplevde at deres rolle ofte var undervurdert og lite definert, og de oppga mangel på annerkjennelse av sine ferdigheter og kunnskaper. Forberedelse av hjemreise og informasjon til de pårørende ble oppgitt å være sykepleiers ansvar (Ibid).

I fem av studiene oppga sykepleierne at de hadde en omsorgsrolle ovenfor pasienten, de ville lære pasienten å kjenne, for å bedre kunne ivareta den enkeltes behov (Kneafsey et al. 2013, Bruke og Doody 2011, Struwe et al. 2013, Muller –Juge et al. 2013, og Ruud og Heggdal 2013).

Både i studien til Kneafsey et al. (2013) og Bruke og Doody (2011), kommer sykepleiernes omsorgsrolle frem, der ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov var i fokus. Dettets støttes også opp av Struwe et al. (2013), der pasientens velbefinnende alltid kom i første rekke. Sykepleierne var også opptatt av å få kjennskap til hvordan pasienten var før slaget, og innhentet derfor opplysninger fra de pårørende. På denne måten kunne de legge forholdene bedre til rette for den enkelte pasient, slik at rehabiliteringsprosessen ble mest mulig vellykket (Struwe et al. 2013).

» *It is really good, when we have set up a goal and then you see the patient struggle and achieve that goal;- it is that moment you feel it is all worth it*» (Struwe et al. 2013, 146).

Også sykepleierne i studien til Ruud og Heggdal (2013) beskrev sin rolle som den som ivaretar alle grunnleggende behov hos pasienten. De var opptatt av helheten rundt pasienten, og i studien til Muller-Juge et al. (2013), oppga sykepleierne at de la vekt på å bli kjent med den enkelte pasienten, og at de utførte sykepleie på bakgrunn av Virginia Henderson prinsipper.

4.5 Travelhet og tidsmangel påvirket sykepleiers hverdag

Travelhet og mangel på tid var også noe som gjenspeilet seg i flere av studiene. Selv om sykepleierne gjerne skulle ha deltatt på møter og vært mer aktiv i rehabiliteringen av

pasienten, så var tidsmangel en årsak til at de måtte forsake mye av dette (Clarke og Holt 2015, Kneafsey et al. 2013, Johnson et al. 2015, Bruke og Doody 2011 og Tyson et al. 2014).

Sykepleierne i studien til Bruke og Doody (2011), ønsket å tilbringe tid sammen med pasienten, for derfor å bli kjent og få en bedre forståelse av den enkeltes behov. Travelhet og tidsmangel gjorde dette vanskelig.

I studien til Clarke og Holt (2015), mente fysioterapeut og ergoterapeut at sykepleier alltid skulle ha fokus på rehabilitering, og legge forholdene til rette for trening og selvstendighet. Sykepleierne var også enig i dette, men mangel på tid, tidvis for lite personale skapte utfordringer i det å få følge opp pasienten skikkelig. Samme funn fremkommer også i studien til Kneafsey et al. (2013), der sykepleierne oppga tidsmangel som en årsak til at ikke rehabiliteringsplaner ikke ble fulgt opp:

»I just don't have time to be doing exercise with them....which is a shame.....» (Kneafsey et al. 2013, 1625).

Både logoped, fysioterapeut og ergoterapeut påpekte viktigheten av at sykepleierne deltok på de tverrfaglige møtene, og at både sykepleier og helsearbeidere fikk opplæring og trening i rehabiliteringen av slagpasienter, slik at alle fulgte de samme prosedyrene (Clarke og Holt 2015, Kneafsey et al. 2013 og Johnson et al. 2015).

I studien til Clarke og Holt (2013), var det satt av en time hver uke til opplæring og gjennomgang av ulike prosedyrer. Likevel uteble sykepleiere ofte fra disse møtene. En av fysioterapeutene uttalte følgende:

» The problem is getting the nurses to attend...everybody is so busy with their own job..., so working alongside nurses on the ward is probably the best way» (Clarke og Holt 2015, 1873).

Når sykepleier ikke fikk tid til å delta på møtene, ble det derfor ergoterapeut og fysioterapeut som satte opp rehabiliteringsplan for pasienten. De opplevde da at sykepleierne ikke alltid fulgte opp planene og målene som ble utformet (Kneafsey et al. 2013). I og med at sykepleier var tilstede i avdelingen døgnet gjennom, så var det en unik situasjon til å samle informasjon om pasientens tilstand. Når sykepleierne da ikke møtte opp til de tverrfaglige møtene, kunne det hende at viktig informasjon uteble, og i verste fall føre til forsinkelser i rehabiliteringsprosessen (Johnson et al. 2015).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Denne litteraturstudien skulle belyse sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag, og hvilke implikasjoner dette kan ha for sykepleiepraksis.

Det å finne gode artikler som omhandlet tverrprofesjonell samhandling skulle vise seg å være utfordrende, da det er relativt lite forskning på området. Ser i etterkant at det å kun søke artikler som omhandlet slag og rehabilitering/ tverrprofesjonelt samarbeid, kunne ha vært med på å vanskeliggjøre søkeprosessen. Det hadde muligens vært lettere om jeg ikke hadde knyttet teamet til en bestemt pasientgruppe. På en annen side så er slagrehabilitering så kompleks og utfordrende, den består av mange profesjoner, og det er hvordan sykepleier opplever samarbeidet med de andre profesjonene rundt denne pasientgruppen som for meg er interessant.

Når det var informantenes egne tanker, opplevelser og beskrivelser jeg var ute etter, er kvalitativ metode egnet. Forskningsstrategien i kvalitativ metode er nettopp å hente ut rike beskrivelser, som skal gi variasjon og dybde (Malterud 2003). Det å utelate kvantitativ forskning kan være en svakhet ved oppgaven, da funn i form av tall og statistikk kunne ha vært med på å forsterke kvalitative funn. Analysen av de kvantitative artiklene som ble gjennomgått, ble for meg vanskelig å tolke. Ser i ettertid at jeg skulle ha tilegnet meg mere kunnskap i analysering av kvantitativ forskning.

Alle artiklene er publisert på engelsk, og det må tas med i betraktningen at oversettelser kan inneholde feiltolkninger. Norsk- engelsk ordbok ble brukt som hjelpemiddel i oversettelsen, men det kan likevel være feiltolkninger som kan ha påvirket resultatet.

Søk etter artikler ble foretatt hovedsakelig i Ovid Medline og SveMed, da det er disse databasene jeg følte at jeg behersket best. Selv om jeg også foretok søk i og Proquest og PubMed ble ni artikler funnet i Ovid Medline, og en i SveMed. Mine begrensninger i å benytte andre søkemotorer, kan åpne for en mulighet for at gode og aktuelle artikler i andre databaser ble oversett.

Etter flere omganger med gjennomgang av artiklene, og bearbeiding av materialet ble funn markert ved hjelp av fargekoder. De ulike fargekodene skapte oversikt, og gjorde det lettere å systematisere de ulike funn. Artiklene inneholdt også sitat, både fra sykepleiere og andre profesjoner. Jeg har valgt å ta med aktuelle sitat både fra sykepleierne og de andre

profesjoner i det tverrfaglige teamet, de det er disse sine egne erfaringer og oppfatninger jeg er ute etter.

Det er benyttet forskning fra 2011 og til dags dato. Alle artiklene omhandler rehabilitering, slag og tverrprofesjonelt samarbeid, selv om artikkelens tittel ikke alltid inneholdt alle disse nøkkelordene. Mange artikler tar for seg flere former for rehabilitering og tverrprofesjonelt samarbeid, i tillegg til slagrehabilitering, og jeg har da kun benyttet de delene av artiklene som var relevant denne studiens hensikt. En av artiklene omhandler sykepleiestudenters opplevelse av tverrfaglig samarbeid, og artikkelen beskriver også hvordan disse opplever rollen som sykepleier i denne sammenhengen. Da deres perspektiv på tverrprofesjonell samhandling er interessant for min studie, har jeg valgt å inkludere denne.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag, og hvilke implikasjoner dette vil ha for sykepleiepraksis. Hovedfunn vil her bli drøftet og belyst med annen relevant litteratur.

5.2.1 Samhandling med andre profesjoner

Flere av studiene viser at de tverrfaglige møtene er av stor betydning, både når det gjelder deling av kunnskap, formidling av informasjon og for følelsen av tilhørighet (Aas et al. 2014, Struwe et al. 2013 og Croker et al. 2012). I en svensk undersøkelse av Kvarnstrøm og Wallin i 2000, blir teamarbeid beskrevet som en bevisstgjøring om egen kunnskap. Det enkelte teammedlemmet må redegjøre og forklare de grunnleggende valgene bak sine vurderinger, da de andre profesjonene ikke har den samme forforståelse og kunnskapsbase som en selv. På den måten lærer man også mere selv, samt at man blir mere bevisst om sin egen profesjons kunnskapsområde (Kvarnstrøm og Wallin, i Willumsen 2009, s. 91).

Også de Faglige Nasjonale Retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010), fastslår at en god samhandling mellom medlemmene i det tverrfaglige teamet er en forutsetning for måloppnåelse i rehabiliteringen (Helsedirektoratet 2010). I følge Orvik (2015), så er samhandling konkret og forpliktende, og inneholder en norm om å virkeliggjøre ansvar gjennom å handle sammen. Samhandlingen forutsetter at fagpersonene koordinerer sine handlinger, og innebærer en gjensidig og forpliktende tilpasning mellom egne og kollegaers arbeidsoppgaver, der man gir og får. Denne orienteringen rettet mot andre er en forutsetning for å lykkes med samhandlingen i en tverrprofesjonell sammenheng (Orvik 2015).

I praksis så oppleves den tverrprofesjonelle samhandlingen som en gjensidig avhengighet av hverandre. Man utarbeider felles mål, har felles forpliktelser, noe som igjen bidrar til mest mulig optimal pasientbehandling. Samtidig har man en delt gruppeidentitet parallelt med å ha sin egen profesjonsidentitet. Samhandlingen oppleves som lærerik, i og med at man tar lærdom fra hverandre. Dette støttes opp av studien til Aas et al. (2014), som sier at denne gjensidige avhengigheten mellom medlemmene er en forutsetning for å nå det helhetlige målet for pasienten.

Det fremkommer også i studien av Aas et al. (2014), at når sykepleiestudentene opplevde å bli respektert og følte tilhørighet innad i teamet, innga det til trygghet og var en motivasjonsfaktor for læring. De beskrev også sin og sykepleiernes funksjon som «limet» rundt pasienten. De organiserte teamarbeidet rundt pasienten, en funksjon som ofte krevde at sykepleier utførte forskjellige oppgaver, også de som ble oversett av de andre profesjonene i teamet. Studentene fikk erfare at det var lagt vekt på å ta ansvar, og fordele ansvar innad i teamet. Studien konkluderer med at det burde være et større fokus på tverrprofesjonelt samarbeid under utdanningen (Ibid).

I en svensk studie av Wilhelmsson et al. (2013), ble sykepleiere som hadde fått opplæring i tverrprofesjonelt samarbeid gjennom sin utdanning, sammenlignet med sykepleiere som ikke hadde fått denne opplæringen gjennom praksis. Begge gruppene var nettopp ferdig med utdanningen. Studien viste at de som hadde fått opplæring i tverrprofesjonelt samarbeid, følte seg mere trygg og beredt i det å jobbe i team med andre profesjoner. De opplevde seg også tryggere i selve rollen som sykepleier (Wilhelmsson et al. 2013). Sykepleieutdanningen i dag bør ta dette til etterretning, og kanskje under praksisperiodene ha fokus på tverrfaglig samarbeid. Min egen erfaring som student under de ulike praksisperiodene, er at jeg sjelden eller aldri fikk muligheten til å delta i tverrprofesjonelt teamarbeid. Erfarte vel heller at de ulike profesjonene jobbet hver for seg, og ikke sammen.

Når jeg nå arbeider som sykepleier ved en rehabiliteringsavdeling, så ser jeg hvor lærerikt det er å jobbe i team, og dra nytte av de andre profesjoners kunnskap. Når vi har studenter ved avdelingen, oppfordres de til å delta på møtene sammen med lege, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut som avholdes en gang pr. uke. Tilbakemeldingene på det er utelukkende positive.

I følge St.meld.nr. 26 så består utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten av blant annet brukere som har behov for flere tjenester samtidig. Det innebærer mer teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet (Helse- og omsorgsdepartement 2015). Med andre ord så er tverrfaglighet ikke bare knyttet opp mot rehabilitering, men også mot andre grupper som mottar bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Verdens helseorganisasjon (WHO 2010) har publisert en rapport som peker på den betydningen tverrprofesjonelt utdanning har for å forberede helsepersonell i sin praktiske yrkesrolle i samarbeidsteam. Og ideelt sett burde tverrprofesjonell utdanning

implementeres tidlig i en utdanning og fortsette gjennom hele den profesjonelle karrieren (Willumsen og Ødegård 2014).

Gjennom tverrprofesjonelt samarbeid får en ta del i de andre profesjoners vurderinger, og hvordan disse resonnerer omkring en pasient. På denne måten utvides også en egen kunnskapsbase. Pasientens behov blir også belyst fra ulike perspektiver, og man får dermed et helhetssyn på pasienten (Willumsen 2009).

Det at man under møtene delte sin av kunnskap, søkte råd hos hverandre og verdsatte hverandres kvalifikasjoner, var med på å opprettholde og gi god pleie og oppfølging av pasienten (Struwe et al. 2013, Tyson et al. 2014, Johnson et al. 2015 og Croker et al. 2012). Kunnskap om slagrehabilitering ble ansett som viktig, og for å vedlikeholde kunnskap og å lære mer, hadde det tverrfaglige teamet regelmessige kurs ved spesialiserte slag enheter. Kvaliteten på rehabiliteringen, ble knyttet opp mot personalets kompetanse (Struwe et al. 2013).

Helsedirektoratet (2010), understreker også at personalet ved en slagenhet bør ha spesialkompetanse, og det bør være en strukturert plan for utdanning og internopplæring, både særfaglig og tverrfaglig (Helsedirektoratet 2010).

I flere av studiene så fungerte de tverrfaglige møtene godt. Samarbeidet var basert på profesjonell respekt, man fikk input fra de ulike profesjonene, man fikk formidlet informasjon, og alle fikk muligheten til å uttale seg (Tyson et al. 2014, Struwe et al. 2013, Johnson et al. 2015 og Croker et al. 2012).

For at et samarbeid skal kunne fungere, må man innad i teamet bli enige om felles verdier og felles forståelse av hva samarbeid er. Alle aktørene i et tverrfaglig team skal ha lik innflytelse, og det skal ikke være noen overordnet eller underordnet. Alle skal ha myndighet i henhold til sin fagkompetanse, alle har lik rett til å utale seg, og man skal opptre med respekt og anerkjennelse ovenfor hverandre (Bredland et al. 2011).

Egen erfaring tilsier at når man har arbeidet sammen en stund, så kjenner man til hverandres kunnskapsområde. Vi vet hva den enkelte er god på, hver enkelt av oss har vært vårt ansvarsområde. Det er viktig som Bredland et al. (2011) påpeker, at man skal respektere og anerkjenne hverandres fagkompetanse, da det er grunnlaget for et godt samarbeid.

Ikke alle avdelingene i studien til Tyson et al. (2014) og Croker et al. (2015), opplevde at samarbeidet fungerte. Manglende respekt for hverandres meninger, bestemmelser som ble

tatt uten at disse var godt nok diskutert, møter som ble hevet selv om sykepleier ikke var ferdig å diskutere pasienten og utdige væremåter. Alle disse var med på å skape misnøye og ga grobunn for irritasjon i teamet (Ibid).

Det finnes flere teorier som ser på hvorfor et tverrfaglig samarbeid ikke fungerer eller hvorfor det fungerer. Det sosialpsykologiske perspektivet søker etter forklaringer på individnivå. Men som individ er man også en del av en større enhet. For at enheten skal fungere optimalt, må alle brikkene fungere på en god måte. Dersom det legges til rette for at den enkelte kan jobbe bedre tverrfaglig, er det lettere å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid (Lauvås og Lauvås 2007).

Styrken i tverrfaglig samarbeid, er at hvert team medlem ut i fra sin synsvinkel legger frem sin tolkning av en sak. Hvis man klarer å være åpen for alles synsvinkler, så burde dette ikke være en kilde til uenighet. Det handler ikke om å ha rett eller ikke, men om å undersøke saken fra flere vinkler for å få et mest mulig nyansert bilde. Opplever man at man blir tatt på alvor så er man også mere åpen for å inngå kompromisser, men hvis man krenker likeverdigheten eller den gjensidige respekten for hverandre vil man heller møte motstand når man skal komme frem til en felles forståelse (Bredland et al. 2011).

Å være uenig behøver ikke å være noe negativt, så lenge man klarer å diskutere og opptre profesjonelt. I studien til Croker et al. (2012), ble det sett på som positivt når man diskuterte, også på en høylytt måte pasientens videre forløp. Det at de ulike profesjonene ut ifra sitt ståsted fremhevet sine synspunkter, førte til en bedre pasient behandling (Ibid). Dette støttes opp av Bredland et al. (2011), der det fremheves at tverrfaglig samarbeid skal være vanskelig og krevende hvis arbeidsmiljøet skal bli dynamisk og utviklende. Hvis alle tenker likt, kan man lett stagnere i utviklingen, derfor må verdigrunnlag og oppgaver diskuteres og revurderes om og om igjen (Ibid).

I studien til Croker et al. (2012), ble det reagert på noen av team medlemmenes væremåte. Ikke alle var selv klar over hvordan de måtte oppfattes av de andre i teamet, og de fikk tilbakemeldinger i den hensikt i å forbedre og ivareta samholdet i gruppen (Ibid).

I følge Bredland et al. (2011), så har hvert enkelt medlem i gruppen et ansvar for at teamet skal fungere, og vår egen atferd kan være med på å fremme eller hemme samarbeid (Ibid).

Det må derfor være rom for å si ifra hvis noe oppleves som ubehagelig eller urettferdig, for hver og en skal kunne få oppleve seg som likeverdige og respekterte medlemmer av teamet.

Studier viste også at gode kommunikasjonsferdigheter, både skriftlige og verbale ble ansett som særdeles viktig (Crocker et al. 2012, Bruke og Doody 2012). Det å kunne formidle relevante opplysninger på en saklig og et profesjonelt nivå ble verdsatt, samtidig som mer ukonvensjonell prat forsterket samholdet på et mere sosialt plan (Ibid).

Dette støttes også opp av Lauvås og Lauvås (2007), som sier at språket er vårt viktigste redskap for kommunikasjon og samhandling med andre. I det tverrfaglige samarbeidet har kommunikasjonen to oppgaver. Den ene er det faglige, der man gjennom faglig kunnskap formidler relevant informasjon. Den andre oppgaven er å bidra til sosial samhandling mellom deltakerne, noe som anses som viktig for at en avdeling skal kunne fungere som en sosial enhet (Lauvås og Lauvås 2007).

5.2.2 Sykepleierrollen i det tverrprofesjonelle samarbeidet

I tverrprofesjonelt samarbeid har en forventninger til hverandres rolle, samtidig som en gjerne har forventninger til sin egen rolle. I forventningene til en rolle ligger det at de kunnskaper en sitter med, og den teorien en har lært, skal vise seg i det praktiske arbeidet og i det tverrfaglige samarbeidet (Lauvås og Lauvås 2007).

I følge Marit Kirkevold (2010), innehar sykepleier fire funksjoner innen rehabilitering av slagpasienter; en bevarende, fortolkende, trøstende og integrerende funksjon.

Hvis en ser på den bevarende funksjonen som innebærer det å beskytte pasientens kroppslige og kognitive integritet, opprettholdelse av funksjon og forhindre komplikasjoner, og den trøstende funksjonen som går på relasjonsbygging og lette emosjonell smerte, så er det også noe som en kan se gjenspeiler seg i flere artikler (Kneafsey et al. 2013, Bruke og Doody 2011, Struwe et al. 2013 og Ruud og Heggdal 2013). Sykepleier oppga i et tilfelle at for å beskytte pasienten mot potensielle skader, så var det tryggere å benytte heis ved forflytning enn å la pasienten med bistand prøve å gå selv (Kneafsey et al. 2013).

I en rehabiliteringssammenheng blir en slik tankegang feil, her må man heller med andre hjelpemiddel tilrettelegge for egen-trening. I følge Bredland et al. (2011), kalles dette for

«hjelpemiddelgrøfta», der man i stedet for å trene opp balanse og gå funksjon, heller benytter et hjelpemiddel.

Hvordan kan man da unngå å havne i «hjelpemiddelgrøfta» i en rehabiliteringsprosess? Av egen erfaring så vet jeg at en god planlegging av arbeidsdagen er viktig. Når jeg vet at pasienten bruker lang tid på forflytning, og at vi må være to, så sier jeg i fra om det på morgens rapporten. Da kan jeg avtale med kollega, men det innebærer da også at denne må legge opp arbeidsdagen sin deretter. Dette går greit, i og med at vi begge forstår hvor viktig denne treningen er for pasienten. Og sammen med pasienten har vi et sterkt ønske om fremgang i rehabiliteringen.

Det ligger i sykepleierens natur å ha et ønske om å hjelpe, men i en rehabiliteringsprosess skal sykepleiehandlingene være å fremme rehabilitering via fysisk trening, støtte, undervisning og veiledning (Bredland et al. 2011).

Sykepleie handler også om å gi omsorg, men hvor går grensen for hva som skal være rehabiliterende sykepleie, og hva som er omsorg? Noen ganger må man nok gå bort i fra det rehabiliterende perspektivet for å ivareta det omsorgsmessige rundt pasienten. Kanskje må man noen morgener hjelpe til litt ekstra, slik at pasienten har krefter til å delta i treningen sammen med fysioterapeuten senere på dagen. Man må også vurdere pasientens tilstand, alle dager er ikke like. De aller fleste pasienter som er innlagt for rehabilitering ved min avdeling, har i tillegg til hjerneslaget, også andre diagnoser som man må ta hensyn til. Her kommer sykepleiers observasjonskompetanse inn, som ifølge Florence Nightingale er en viktig del av sykepleiers praktiske kompetanse, og som skal være grunnlaget for våre sykepleiehandlinger (Karoliussen 2011). En korrekt og kontinuerlig observasjon av pasientens tilstand vil være avgjørende for at pasienten får tilstrekkelig og forsvarlig omsorg i forhold til sin sykdom (Ibid).

I følge Bredland (2011), så må sykepleie og rehabilitering tilpasses den enkelte pasient, individuelle planer skal sørge for at den individuelle tilpasningen opprettholdes, og tilrettelegges på en mest mulig hensiktsmessig måte (Ibid). Det innebærer at når man sammen med pasienten setter opp mål for rehabiliteringen, så må vi som sykepleiere se til at disse er realistiske. Har erfart mange ganger at pasienten setter seg altfor store mål. Da må vi som fagpersoner komme med forslag til delmål, og mange ganger også gi et annet tidsperspektiv for måloppnåelse. Ved at vi tilpasser de individuelle planene til den enkelte,

så bidrar det til at motivasjonen opprettholdes, noe som er et ultimatum i en rehabiliteringssammenheng.

Flere sykepleiere oppga at de hadde en omsorgsrolle ovenfor pasienten, de var opptatt av helheten rundt pasienten og det var viktig for dem å lære pasienten å kjenne for å bedre få en forståelse av den enkeltes behov (Bruke og Doody 2011, Struwe et al. 2013 og Ruud og Heggdal 2013).

I en fagartikkel i tidsskriftet Sykepleien av Dahl et al. (2014) som tar for seg forskjellige perspektiver på rehabiliteringssykepleie, oppgir en av sykepleierne at hun «overøser dem med omsorg». Hun mente at det var viktig å først bygge opp en god relasjon med pasienten, slik av vedkommende forsto at hun ville deres beste, først da kunne hun begynne å sette krav til pasienten (Dahl et al. 2014).

Personlig så har jeg et blandet syn på dette. Har erfart at hvis man ikke stiller krav med en gang, så er det vanskeligere å gjøre det senere i oppholdet. Vi har derfor allerede under innsamlingssamtalen med pasienten sagt ifra hva vi forventer av vedkommende, ut ifra hvilke utfall/ tilstand pasienten er i. Dette blir dokumentert, og pasienten må signere. Jeg opplever heller ikke at dette går på bekostning av å gi omsorg, men heller at vi gjennom informasjon sørger for at pasienten forstår at vi kun vil deres beste selv om vi må stille krav.

For krav skal man stille, og man skal kunne forvente at pasienten selv, gjennom daglig trening, både med fysioterapeut og ergoterapeut gjør sitt beste for å nå mål i rehabiliteringsprosessen (Bredland 2011).

Rehabilitering er ikke bare det som skjer i timene til fysio- og ergoterapeut, men trening må inkluderes i alle gjøremål i løpet av døgnet (Bredland 2011). Stimulering og trening må kunne tilbys gjennom hele døgnet våkne timer for å oppnå tilstrekkelig treningsmengde (Helsedirektoratet 2010).

Sykepleiere er med sin tilstedeværelse døgnet gjennom i en særstilling, noe som også blir fremhevet i flere artikler (Johnson et al. 2015, Muller-Juge et al. 2013 og Clarke og Holt, 2015). Sykepleier skulle i alle sammenhenger der hun bisto pasienten, legge til rette for trening og rehabilitering. Sykepleier hadde også et ansvar for å følge opp rehabilitering på kveld og helg når fysio- og ergoterapeut hadde fri (Ibid).

Det å få pasientene til å forstå at trening også innbefatter det som skjer utenom den tilmålte tiden med fysio- og ergoterapeut, er ikke alltid like enkelt. Har opplevd mange ganger at pasientene forventer at når denne treningen er over for dagen, så skal vi bistå resten av

døgnet. Da må det nye runder med gjentagende informasjon til. Man kan da også vise til rehabiliteringsplanen som pasienten selv har signert, der det skal fremkomme hvordan rehabiliteringen er lagt opp til alle døgnets tider. Som de overforstående studiene viser, så hadde sykepleier ansvar for oppfølging av rehabilitering på kveld og helg. Dette vet jeg er en utfordring både ved egen, og ved andre rehabiliteringsavdelinger. Som sykepleier har man som oftest bakvakt ved flere avdelinger, bemanningen er også redusert på kveld og helg. Dette går dessverre på bekostning av den tid en burde benyttet på rehabilitering og egentrening hos pasienten.

Sykepleier ble også i flere av studiene beskrevet som den som koordinerte alt rundt pasienten. De var ikke bare bindeleddet mellom de ulike aktørene i teamet, men også mellom pasient og pårørende, hjemmetjenesten, og andre instanser (Mulle-Juge et al. 2013, Ruud og Heggdal 2013, Struwe et al. 2013 og Bruke og Doody, 2011). I artikkelen til Dahl et al. (2014), ble dette beskrevet som oversiktsperspektivet. Sykepleiere som deltok i studien var særlig opptatt av å få frem dette perspektivet, og som innebærer en oversikt over pasientens totale situasjon. Det kunne også være forhold som ble oversett, eller ikke ble lagt vekt på av de andre i teamet (Ibid). Dette ble også bemerket i studien til Aas et al. (2014), der sykepleiestudenter opplevde gjennom praksisen at det var sykepleier som hadde det fullstendige oversiktsbildet, og også over de forhold som ble oversett av de andre profesjonene (Ibid).

Dette oversiktsbildet er gjenkjennbart for meg, da det ved min arbeidsplass er sykepleiers ansvar å se til at alt vedrørende pasienten blir fulgt opp. I tillegg til det som angår pasienten både fysisk og psykisk, så gjelder det også kontakten med pårørende, hjemmetjeneste, og andre involverende parter.

I tillegg til de fire funksjonene som Marit Kirkvold (2010) oppgir som vesentlige i rehabilitering av slag pasienter, så innehar også vi som sykepleier ikke bare en koordinerende rolle, men også en administrativ rolle. En av sykepleierne i artikkelen til Dahl et al. (2014), uttrykte følgende, og som jeg også kjenner meg igjen i;

Jeg har blant annet en administrativ rolle. Jeg skriver rehabiliteringsplaner, rapporterer gjennom dagen, ordner møter med rehabiliteringsteamet, tar kontakt med ulike fagpersoner i kommunen, og legger til rette for hjemreise (Dahl et al. 2014, 54).

I følge Stortingsmelding 26, så er rehabilitering et krevende område da det er sammensatt av flere tjenester. Det innebærer at de ansatte må ha kompetanse på mange felt; evne til å samarbeide med pasienter, pårørende, kollegaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre støttespillere i andre samfunnssektorer. Videre så må man organisere de ulike tjenestene på en slik måte at disse utformes etter brukerens behov, mål og ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

At samarbeidet med kollegaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke fungerte optimalt, kom fram ved to av avdelingene i studien til Struwe et al. (2013). Her opplevde sykepleier at rehabiliteringsplaner og tiltaksplaner ikke ble fulgt opp av hjemmetjenesten. Dette ble blant annet begrunnet i at det var ansvarlig hjemmesykepleier som bestemte hvordan det videre forløpet i hjemmet skulle være (Ibid).

Dette er heller ikke et ukjent fenomen i Norge. I følge Stortingsmelding 26, så viser erfaringer at lærings- og mestringstiltak som startes opp i sykehus ikke uten videre videreføres i kommunen. Dermed kan effekten av igangsatte tilbud utebli (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Har erfart at pasienter som ble utskrevet til hjemmet, med oppfølging av hjemmesykepleien, blir re innlagt igjen, med begrunnelse som vektnedgang, dårlig smertelindring, og symptomer på depresjon. Dette gjelder spesielt de eldste pasientene, og særlig hvis de er aleneboende i tillegg. Hjemmesykepleien har, slik deres bemanning er i min hjemby pr. i dag, ikke tilstrekkelig med tid eller ressurser til å følge opp pasientene i hjemmet. Hverdagsrehabilitering er i vinden, men dessverre får ikke alle et tilbud om dette. Og vi ser at de som faller utenom, er de som også blir satt tilbake i rehabiliteringsprosessen. Mitt inntrykk er at hjemmesykepleien gjerne vil følge opp rehabilitering og trening i hjemmet, men det er resursene som avgjør. Stortingsmelding 26 slår fast at det trengs en sterkere vektlegging av veiledning og opplæring, og at dette skal være elementer i et helhetlig pasientforløp på lik linje med medisinsk behandling (Helse- og omsorgsdepartement 2015). Dette er gode intensjoner, som også bør vektlegges og gjennomføres, men personlig så tror jeg at man ikke kommer noen vei, om man ikke øker bemanningen.

I følge Stortingsmelding 26, så viser forskning at de beste rehabiliteringsresultatene for enkelte brukergrupper, inkludert de som er rammet av hjerneslag, oppnås i hjemmet. Og at

rehabilitering i brukerens hjem gir størst pasienttilfredstilhet (Helse – og omsorgsdepartementet 2015).

Dette viser bare hvor viktig det er med tilstrekkelig bemanning, og et godt samarbeid på tvers av profesjoner og tjenester for å sikre et godt tilbud til pasienten.

I følge Nasjonale Faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010), så bør medlemmene i det tverrfaglige teamet ha definerte ansvarsområder og roller, og de bør samarbeide tett om felles oppgaver (Helsedirektoratet 2010).

I studiene fremkommer det forskjellige opplevelser av roller og ansvarsområder.

Flere av studiene viste at sykepleiere opplevde sin rolle i teamet som forskjellig. For noen så var arbeidsoppgavene klart definert, men for andre kunne rollen oppfattes uklar, både for dem selv og for de øvrige team medlemmene (Bruke og Doody, 2013, Aas et al. 20014, Ruud og Heggdal, 2013, Muller-Juge et al, 2013, Struwe et al. 2013 og Clarke og Holt 2015). Erfaringsvis så er ikke sykepleiers rolle så klart definert som samarbeidende helseprofesjoner. Legen er utredende, diagnostiserende og behandlende, fysioterapeuten konsentrerer seg om muskulatur og skjelett, mens ergoterapeuten tilpasser hjelpemidler og logoped har fokus på språk og tale. Vi som sykepleiere tar oss av «det øvrige», samtidig som vi følger opp det som de samarbeidende profesjoner utarbeider av tiltak og planer rundt pasienten.

I følge Lauås og Lauås (2007), så kan uklare rolleoppfatninger, eller at man ikke får være med å påvirke hvordan sin egen rolle skal være, virke inn på samarbeidet. Hvis man opplever at kravene til egen rolle er uforenelig, kan det oppstå rollekonflikter, og i tverrfaglig samarbeid kan denne konflikten bestå i uoverensstemmelser i forventningene av hverandres rolle. Til sist kan dette virke inn på arbeidet ovenfor brukeren/pasienten (Ibid).

Det å vise anerkjennelse og interesse for hverandres rolle, virker motiverende. I studien til Aas et al. (2014), så oppga sykepleiestudentene at når legen ga gode tilbakemeldinger og viste anerkjennelse for deres arbeid, så bidro det til at de følte seg nyttige og ansvarsfulle (Ibid). Mens det i motsatt vei, der legen viste liten interesse for de andre aktørenes rolle og funksjon, så bidro det til usikkerhet og man vegret seg derfor for å ta ansvar. Studentene oppga også en form for hierarki, da de opplevde å måtte reise seg å gi fra seg sin stol til legen eller til andre med en «høyere rang» når de kom inn i rommet (Aas et al. 2014).

Vi har alle et behov for å bli akseptert og anerkjent av dem vi jobber med. De fleste av oss ønsker også å unngå konflikter, og vi tilpasser oss derfor de oppfatninger og forventninger

andre måtte ha til oss. Vi spiller en rolle som kanskje strider mot de oppfatningene vi har om oss selv og vår egen rolle. Man kan ha en oppfatning av at man har visse privilegier i kraft av sin profesjon. Dette kan igjen også prege denne profesjonens holdninger til sine medarbeidere, som igjen påvirker samarbeidet innad i teamet (Lauås og Lauås, 2007). Det kan på bakgrunn av dette se ut som om hierarkidominansen fortsatt er tilstede, og skaper hinder for det tverrfaglige samarbeidet.

I studien til Bruke og Doody (2013) oppga sykepleierne at det var usikkerhet og uklarhet både i forhold til sin egen rolle, og hvilke forventninger de øvrige teammedlemmene hadde til deres rolle (Ibid). Hvis man opplever usikkerhet i forhold til egen rolledefinisjon, så kan man ser på hva Helsepersonelloven sier om krav til yrkesutøvelse:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, §4, første ledd, 1999).

Man skal med andre ord utøve sitt yrke på en forsvarlig måte, man skal ikke overskride sin kompetanse, og man skal sørge for å holde seg faglig oppdatert (Helsepersonelloven 1999).

Personlig så tror jeg det er lettere å definere sine ansvarsområder og sin rolle innad i teamet hvis en er trygg på sin kompetanse. Man bidrar da med sin kunnskap og sine ferdigheter i rehabiliteringsarbeidet. For vi som sykepleiere har gjennom vår utdanning en bred og spesialisert kunnskap. Den grunnleggende innføringen vi har i anatomi, fysiologi, sykdomslære og medikamentlære, er viktig for at vi skal kunne følge opp medisinsk forordning fra lege, samt videreføre fysio- og ergoterapeutenes sitt arbeid. Den kunnskap vi har innenfor kommunikasjon, pedagogikk, sosiologi og psykologi har i den tverrprofesjonelle sammenhengen betydning for hvordan vi både omgås, oppfører oss, formidler kunnskap, og kommuniserer med hverandre på. Dette er avgjørende for at det tverrprofesjonelle samarbeidet skal kunne fungere. Kunnskap om kommunikasjon, slik at den blir tilpasset den enkelte pasient og pårørende, beror igjen på den kunnskap vi har om pedagogikk og psykologi.

5.2.3 Travelhet og tidsmangel

I følge Faglige Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag, så bør personalet ved en slagenhet ha spesialkompetanse, og det bør være en systematisert og strukturert plan for utdanning og internopplæring (Helsedirektoratet 2010).

I studien til Clarke og Holt (2015), var det satt av en time hver uke til internopplæring og gjennomgang av prosedyrer, men sykepleierne uteble ofte på disse møtene grunnen travelhet ved avdelingen (Ibid).

Dette er noe som gjenspeiler seg i flere artikler. Når det var dårlig bemanning, eller av andre årsaker travelt ved avdelingen, så ble både internopplæring og de tverrfaglige møtene nedprioritert hos sykepleierne (Kneafsey et al. 2013, Johnson et al. 2015, Clarke og Holt 2015 og Tyson et al. 2014).

Når man skal arbeide med pasienter som har vært rammet av et hjerneslag, så fordrer det kunnskap hos den enkelte. I en rehabiliteringsprosess så skal man utarbeide realistiske mål og rehabiliteringsplaner. Dette krever at man innehar kunnskap om prognose ved ulike utfall og funksjonssvikt. Man skal også ha kjennskap til effekter av trening og andre rehabiliteringstiltak (Helsedirektoratet 2010). Denne kunnskapen har jeg erfart er uunnværlig i en rehabiliteringsprosess. Det at hele teamet sammen med pasienten utarbeider realistiske mål og planer, informerer om forventet effekt, hjelpemidler, smertelindring, ernæring osv, er også med å trygge pasienten. Det at vi i fellesskap kan svare på pasientens spørsmål, og vise at vi har kunnskaper om det vi holder på med, gjør at pasienten også opplever å være i gode hender. Derfor er det desto så viktig at vi som sykepleiere får holde vår kunnskap ved like, og får tilbud om faglig påfyll.

Sykepleiere skal i henhold til helsepersonelloven (1999), holde seg faglig oppdatert, og man har et ansvar for å holde seg oppdatert på nyere forskning. Av egen erfaring så vet jeg at det kan være vanskelig å forlate avdelingen hvis internopplæringen er lagt utenom egen arbeidsplass. Likevel så etterstrebes det så langt det lar seg gjøre, at i alle fall at en av sykepleierne kan delta på internopplæringen, og denne formidler så kunnskapen videre til andre i etterkant.

Både ved de tverrfaglige møtene og ved internopplæring, så overfører faggruppene kunnskap seg imellom og de lærer opp hverandre. Alle bringer med seg hver sin

kompetanse inn i en situasjon, som gjør at de har ulik måte å forstå situasjonen på. Denne ulikheten er ønskelig og øker teamets samlede kompetanse (Bredland et al. 2011).

Sykepleierne i studien til Johnson et al (2015), oppga at travelhet ved avdelingen førte til at de ikke prioriterte de tverrfaglige møtene, selv om det da var en fare for at viktig informasjon angående pasienten ikke ble videreformidlet til de andre teammedlemmene (Ibid).

Som sykepleiere er vi, i motsetning til de andre profesjonene i den unike situasjonen at vi er tilstede hos pasienten hele døgnet, hele uken igjennom. Vi har derfor en god mulighet til å foreta viktige observasjoner, følge opp rehabiliteringsplan, og evaluere effekten av de ulike tiltak og behandlinger. Desto viktigere er det da at vi har mulighet til å delta på de tverrfaglige møtene, og får formidle og videreført viktig informasjon angående pasienten.

Ved å ikke videreformidle informasjon, eller gi oppdatering på fremgang eller tilbakegang i rehabiliteringsprosessen, så rammer det til sist pasienten. Man kan ikke ta beslutninger som angår planer og tiltak i rehabiliteringsprosessen hvis ikke hele teamet er samlet, fordi man er avhengig av informasjon fra hverandre før beslutninger tas (Bredland et al. 2011).

Når man ser hvor viktig sykepleiers tilstedeværelse er på de tverrfaglige møtene, samt hvor viktig det er med internopplæring for å holde seg faglig oppdatert, så er det en tankevekker at sykepleiere på grunn av arbeidsmengde ikke ser seg mulighet til å delta. Kanskje vi må bli flinkere til å delegere de oppgaver som er mulige til annet helsepersonell, slik at vi på den måten kan få frigjort tid. Samtidig så er dette også et klart signal til ledelsen om å legge forholdene bedre til rette, og heller støtte opp om fagutvikling for å øke kompetansen til sine ansatte.

Det er i dag ifølge Bredland et al. (2011), en økt forventning til personalets kompetanse og at det arbeidet de utfører er faglig forsvarlig. Helsepersonell må bruke mye av sin fritid til å holde seg faglig oppdatert, noe som kanskje er vanskelig å unngå, men arbeidsplassen har et klart ansvar for at de ansatte er faglig oppdaterte. Derfor må forholdene legges til rette for internundervisning og individuell opplæring (Bredland et al. 2011). I forhold til egen arbeidsplass, så er det heller ikke mye rom for å holde seg oppdatert faglig i arbeidstiden. Dette begrunnes i både på mangel av tid, men også på liten tilgang til digitalt verktøy. I bunn og grunn er det dårlig tilrettelegging på mange områder som gjør at man heller må benytte fritiden hvis man vil oppdatere seg faglig.

I flere av studiene så var dårlig bemanning årsaken til at sykepleier ikke prioriterte møter og opplæring (Tyson et al. 2014, Kneafsey et al. 2013 og Clarke og Holt, 2015). Det fremkommer ikke av studiene årsaken til lite bemanning, eller hvorfor det ikke ble leid inn tilstrekkelig personal. Her i Norge skal det ifølge Nasjonale Faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010), være en minimumsbemanning ved avdelinger for slagrehabilitering (Helsedirektoratet 2010). Personalet skal også ha spesialkompetanse på slag og slagrehabilitering (Ibid).

En av sykepleierne i studien til Kneafsey et al. (2013), oppga at hun ikke fikk tid til trening med pasienten på grunn av at det var så travelt ved avdelingen (Ibid). Egen erfaring viser også dette i perioder hvor det er ekstra travelt i avdelingen. Man har da lett for å hjelpe til for at ting skal gå fortere, eller man hopper over trening eller at den treningen man tilbyr ikke er optimal. Det at travelt rammer oppfølgingen av pasientens rehabiliteringsplaner og tiltak er synd, og slik bør det egentlig ikke være.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse sykepleiers rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt pasienten som skal rehabiliteres etter et hjerneslag, og hvilke implikasjoner dette kan ha for sykepleiepraksis.

Det å ha kjennskap til hverandres profesjoner ga trygghet og selvtillit, og gjorde det lettere å samarbeide på tvers av profesjonene. Det å være bevisst sin egen profesjonsidentitet, samtidig som man viste respekt og anerkjennelse for hverandres fagkompetanse, ga grunnlag for et godt tverrprofesjonelt samarbeid, noe som også medførte en bedre pasientbehandling. Sykepleier har en nøkkelrolle i det tverrfaglige teamet, og spiller en betydelig rolle for ivaretagelse av omsorg, koordinering og administrering. Med sin kontinuerlige tilstedeværelse i avdelingen så blir de også en naturlig kontaktperson for pasient og pårørende. De tverrfaglige møtene blir av sykepleier oppgitt som lærerike, der alle gjennom sin fagkompetanse tilrettelegger og ivaretar pasienten ulike behov. Møtene blir også oppgitt å være en sosial arena, der aktørene ble kjent på et mer personlig plan. Dette medførte at det ble lettere å søke råd og hjelp hos hverandre, noe som styrket det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Stor arbeidsmengde og travelhet gikk på bekostning av sykepleiers deltagelse på de tverrfaglige møtene, internopplæring og pasientens mobilisering. Det tverrfaglige teamet mistet da informasjon som sykepleier kunne bidratt med, noe som igjen kunne føre til forsinkelser i rehabiliteringsprosessen av pasienten.

For videre forskning så hadde det vært interessant å vite hvordan personer med innvandrerbakgrunn opplever å bli ivaretatt av helsevesenet, og spesielt med tanke på rehabilitering.

I følge Stortings melding 26, så er det lite kunnskap om rehabiliteringstilbudet til personer med innvandrerbakgrunn. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge forholdene til rette for god samhandling, både mellom pasient og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 106). Det vil derfor være grunn til å tro at det vil være en del utfordringer med tanke på samhandling og koordinering der personen har begrenset norskkunnskap og begrenset kunnskap om tilbudet i kommunen.

7.0 Litteraturliste

Aas, Ingunn, Britt Sæthre Hansen og Karina Aase. 2014. Norwegian nursing and medical students perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Medical Education* 2014, 14: 170.

Bertelsen, Bjørn. 2011. Patologi. Menneskets sykdommer. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bredland, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik. 2011. *Det handler om verdighet og deltakelse, verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Burke, Kathleen og Owen Doody. 2011. Nurses perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing Older People*. Vol. 24, nr.2.

Dahl, Birgitte, Grace L. Romsland og Åshild Slettebø. 2014. Håp er drivkraften. *Sykepleien Forskning* nr. 09, s. 52-55

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Clarke, David og Janet Holt. 2015. Understanding nursing practice in stroke units: a Q-methodological study. *Disability and Rehabilitation*, 2015, 37 (20): 1870-1880.

Croker, Anne, Franziska og Joy Higgs. 2012. Collaboration: What is it like? *Journal of interprofessional Care*, 26: 13-20.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: interpretiva data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*. 22 (2): 22-26.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Vurdering, analys och presentation av omvårdtsforskning*. 2. utgave. Stockholm: Natur och Kultur.

Helsedirektoratet. 2010. «*Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*». Lest 05.11.2015.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag>.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>. Lest. 01.02.2016

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet*. Meld. St. 26. (2014-2015).

Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.m av 2. juli 1999 nr. 64.

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>. Lest. 05.03.2016

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2. utgave 2009. *Sykdomslære, Indremedisin, Kirurgi og Anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnson, Jessie, Gilly Smith og Anne Wilkinson. 2015. Factors that influence the decision-making of an interdisciplinary rehabilitation team when choosing a discharge destination for stroke survivors. *Canadian journal of Neuroscience Nursing*. Volum 37, Issue 2, 2015.

Karoliussen, Mette. 2011. *Nightingales arv - ny forståelse. Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Kirkvold, Marit. 2010. The Role of Nursing of Rehabilitation of Stroke Survivors; An Extended Theoretical Account. *Journal of Clinical Nursing* 33 (1): 27-40.

Kneafsey, Rosie, Colette Clifford og Sheila Greenfield. 2013. What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? *International Journal of Nursing Studies*.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug. 2005. *Grunnleggende sykepleie* 4. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapssenteret. 2014. Tema: *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Online) URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>. (Lest 01.02.2016).

Lauvås, Kirsti og Per Lauvås. 2007. *Tverrfaglig samarbeid, perspektiv og strategi*. 2 opplag. Universitetsforlaget.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2014. Kapittel 7§ 7-1: *Individuell plan*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. Lest. 01.02.2016.

Malterud, Kirsti. 2003. *Hva er kvalitative metoder? Kvalitative metoder i medisinsk forskning, En innføring*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Muller-Juge, Virginie, Stephane Cillati, Katherine S. Blondon, Patricia Hudelson, Fabienne Maitre, Nu. V. Vu, Georges L. Savoldelli, Mathieu R. Nendaz. 2013. Interprofessional Collaboration on an Internal Medicine Ward: Role Perceptions and Expectations among Nurses and Residents. *Plus One*. Vol. 8, Issue 2.

Nordtvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 2014. Tema: Publiseringskanaler. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action> (Lest 15.3.2016).

Norsk Sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Orvik, Arne. 2015. *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og ledelse*. Oslo: Cappelen Forlag AS

Ruud, May Britt og Kristin Heggdal. 2013. Sykepleie- en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. https://www.idunn.no/klinisk_sykepleie/2013/03/sykepleie.

Struwe, H. Jytte, Marianne Baernholdt, Vibeke Noerholm og Jette Lind. 2013. How is nursing care for stroke patients organised? Nurse`s views on best practices.

Journal of Nursing Management.21, 141-151.

Tyson, Sarah, Lynn Burton og Amanda McGovern. 2014. Multi-disciplinary team meetings in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. Vol. 28 (12) 1237-1247.

Wilhelsson, Margaretha, Annemie Svensson, Toomas Timpka og Tomas Faresjø. 2013. Nurse`s views of interprofessional education and collaboration: A comparative study of recent graduates from three universities. *Journal of Interprofessional Care*, 2013, 27: 155-160.

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 20016. *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellom forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Lund Studentlitteratur.

Willumsen, Elisabeth. 2009. *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. 2 utgave. Oslo: universitetsforlaget.

Willumsen, Elisabeth og Atle Ødegård. 2014. *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vedlegg nr. 1: Oversikt over artikler

Forfatter, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
1.Tyson, Sarah, Lynn Burton og Amanda McGovern. 2014. England Clinical Rehabilitation	Multi-disciplinary team meetings in stroke rehabilitation.	Å utforske hvordan tverrfaglige samarbeidsmøter fungerer i rehabiliteringen av slagpasienter.	Observasjon og semistrukturert intervju.	Atten deltagere, fordelt på åtte slagenheter: en lege, en sosialarbeider, fire sykepleiere, fire fysioterapeuter, fire ergoterapeuter, to logopeder, en slag koordinator og en avdelingsleder.	Godt oppmøte, engasjement, forberedelse og god kjennskap til pasienten kjennetegnet de møtene som fungerte best. Sykepleier oppgave at disse møtene var lærerike og nyttige. Dårlig møtestruktur, ineffektivitet, uklar arbeidsfordeling var	Ikke nødvendig, da studien var basert på observasjon og spørsmål til de ansatte angående deres rutiner og praksis. Ingen pasientinformasjon ble utlevert.	Nivå 1 .

					noe av det som førte til at møtene skled ut og ikke opplevdes som konstruktive. Sykepleier oppga også at møtene tok for mye av deres tid.		
2.Struwe, Jytte, Marianne Baernholdt, Vibeke Noerholm og Jette Lind 2013 Danmark Journal of Nursing Management	How is nursing care for stroke patients organised? Nurse`s views on best practices	Å beskrive sykepleiere og avdelingssykepleiere sine perspektiver på hvordan slag enheter er organisert.	Kvalitativ studie. Semi strukturert intervju.	Sykepleiere fra fire slag enheter, både akutt og for rehabilitering, ved tre ulike sykehus deltok i studien. 24 sykepleiere og seks avdelingssykepleiere deltok.	Tverrfaglige møter var viktige både for å opprettholde kunnskap og for å forbedre læring. For at kontinuiteten i teamet ble holdt ved like, deltok samme sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og evt psykiater ved møtene.	Etisk godkjenning ikke nødvendig ifølge Nasjonal Dansk forsknings lovgivning. Informantene ble gitt skriftlig og verbal informasjon, og skriftlig informert samtykke ble innhentet.	Nivå 1

					<p>Den enkeltes kunnskap i teamet ble verdsatt, sykepleier oppga at det å kjenne pasienten var viktig, og de tilstrebet å følge opp rehabiliteringsplaner. Perioder med lav bemanning påvirket både oppfølgingen av pasienten og muligheten for et godt tverrfaglig samarbeid.</p>		
3. Muller-Juge, Virginia, Stephane	Interprofessional Collaboration in an Internal Medicine Ward.	Å beskrive og sammenligne legers og sykepleiere sine	Kvantitativ og kvalitativ metode, med	54 sykepleiere og 33 leger	Både leger og sykepleieres så på sykepleiers rolle som den som fulgte opp	Godkjent av etisk komite ved universitetssykehuset i Geneva,	Nivå1

Cullati, Katherine S. Blondon, Patricia Hudelson, Fabienne Maitre, Nu V.Vu, Georges L. Savoldelli og Mathiue R. Nendaz 2013 Sveits PloS one 8 (2), e57570	Role Perceptions and Exectations among Nurses' and Residents.	betraktinger og forventninger av hverandres profesjonelle rolle. Dette for å kunne identifiserer aspekter som kan vektlegges videre i tverrfaglige utdanningsprogrammer.	hovedvekt på kvalitative data.		pasienten gjennom hele sykehusoppholdet, både når det gjaldt behandling, ivaretagelse, følge opp medisinsk ordre, yte psykologisk støtte, i tillegg til de mer spesifikke sykepleieoppgavene. Sykepleierne så på seg selv som bindeleddet mellom lege og pasient.	Sveits.	
4.Aase, Ingunn, Britt Sæthre Hansen og	Norwegian nursing and medical students' perception of	Å beskrive sykepleiere og medisinstudenter sine oppfatninger	Kvalitativ studie. Intervju.	Ti sykepleiestudenter i 5. semester og tolv	Sykepleierstudentene opplevde sin rolle, og sykepleieres rolle som den som var	Ikke nødvendig med godkjenning, da det ikke var inkludert	Nivå 1

Karina Aase 2014 Norge BMC Medical Education, 14 (1), 170	interprofessional teamwork.	av tverrprofesjonelt samarbeid.		medisinstudenter i 7. semester i felles praksis på sykehus.	selve limet rundt pasienten. De organiserte alt team arbeidet rundt pasienten, de sørget for at alle oppgaver rundt pasienten ble utført, også de som ble oversett av andre profesjoner. Det var også uklar forståelse for hverandres profesjonelle rolle.	pasienter eller pasientinformasjo n i studien. Godkjent av ulike universitet og NSD.	
5.Croker, Anne, Franziska Trede og Joy Higgs 2012	Collaboration: What is it like? Phenomenological interpretation of the experience of collaborating	Å få kjennskap til utviklingen av praktisk samarbeid, gjennom å belyse erfaringer fra	Intervju, og observasjon.	66 deltagere fordelt på leger, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, logoped og	Det å være engasjert, samstemt og respektere og verdsette hverandres bidrag la grunn for et godt samarbeid.	Etisk godkjenning fra etisk forskningskomite og fra to universitet og to helsetjenester.	Nivå 1

Australia Journal of Interprofessional Care, 26:13-20	within rehabilitation teams	samarbeid innenfor rehabiliteringstea m.		helsefagarbeider, fordelt på ni team. De jobbet henholdsvis ved sykehus og rehabiliteringssente r.	Det ble lagt vekt på gode kommunikasjonsferdi gheter, både muntlige og skriftlige. Det å ta bestemmelser som ikke var godt nok diskutert innad i teamet, eller som det ikke var enighet om, kunne føre til ganske høylytte diskusjoner. Slike diskusjoner ble likevel sett på som positive, man fikk diskutere pasienten fra ulike synsvinkler, noe som førte til en bedre pasientbehandling.		
---	-----------------------------------	---	--	--	--	--	--

6.Burke, Kathleen G og Owen Doody 2012 Irland Nursing older people, Volum 24, nr.2, s. 33-38	Nurse`s perceptions of their role in rehabilitation of the older person	Å belyse hvordan sykepleier opplever sin rolle i rehabiliteringen av eldre.	Intervju og observasjon	Ni sykepleiere som arbeidet ved to forskjellige rehabiliteringsavdelinger.	Sykepleierne hadde fokus på pleie, lære pasienten å kjenne for å bedre forstå den enkeltes behov. De beskrev også sin rolle i det tverrfaglige teamet som den som koordinerte alt rundt pasienten, de var bindeleddet mellom de ulike aktørene, og mellom pasient og pårørende. Sykepleierne opplevde mangel på annerkjennelse for sine ferdigheter og kunnskaper, og følte en uklarhet i forhold	Godkjent av etisk komite	Nivå 1
--	---	---	-------------------------	--	---	--------------------------	--------

					til sin rolle innad i teamet.		
7. Kneafsey, Rosie, Colette Clifford og Sheila Greenfield 2013 England International Journal of Nursing Studies 50, s. 1617-1629	What is nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital?	Hvordan sykepleiere i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut kunne være med å fremme mobilitet hos pasienter innlagt ved rehabiliteringsavdeling.	Semistrukturerte intervju, og observasjon.	21 sykepleiere, 12 hjelpepleiere, fire fysioterapeuter og en ergoterapeut, ved henholdsvis en rehabiliteringsavdeling, en avdeling for ryggmargsskadede og en enhet for slagrehabilitering.	Sykepleierne hadde fokus på pasientens grunnleggende behov, de var opptatt av å beskytte pasienten mot potensielle skader, noe som førte til at de benyttet hjelpemiddel istedet for å la pasienten prøve seg selv. Sykepleierne var mindre klar over sin rolle i rehabiliteringsprosessen, noe som førte til dårlig samarbeid	Godkjent av Etisk forsknings komite	Nivå 1

					<p>mellom fysio/ergoterapeut sine rehabiliteringsplaner. Sykepleierne oppga mangel på tid som en årsak til at de ikke involverte seg i rehabilitering og målsetting hos pasienten.</p>		
<p>8. Clarke, David J og Janet Holt 2015 England Disability and Rehabilitatio</p>	<p>Understanding nursing practice in stroke units.</p>	<p>Å undersøke sykepleier og andre aktører som arbeider i det tverrfaglige teamet sitt syn på sykepleiers rolle i rehabiliteringen av</p>	<p>Kvalitativ, semistrukturerte intervju.</p>	<p>63 medlemmer av tverrfaglige rehabiliteringsteam ; 25 sykepleiere, 10 hjelpepleiere, 8 ergoterapeuter, tre ergoterapeut assistenter, tre</p>	<p>Sykepleieren var i en særstilling i og med at de i motsetning til de andre aktørene i teamet, var tilstede 24 timer i døgnet hele uken. Det var også enighet i teamet at</p>	<p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Nivå 1</p>

n, 37 (20): s. 1870-1880		slag pasienter.		logopeder, ni fysioterapeuter, en fysioterapeut assistent, to leger, en hjelpearbeider og en ortoped.	sykepleier i tillegg til sin koordinerende/ ivaretagende rolle, også kunne bli bedre innen slagrehabiliteringen. Opplæringen skulle skje sammen med terapeutene.		
9. Johnson, Jessie, Gilly Smith og Anne Wilkinson 2015 Canada Canadian Journal of Neurosciend	Factors that influence the decision-making of an interdisciplinary rehabilitation team when choosing a discharge destination for	Å undersøke hvordan et tverrfaglig rehabiliteringsteam innen slagrehabilitering samarbeider og interaksjonene mellom aktørene. Del ble lagt vekt	Kvalitativ, observasjon og intervju.	En fysioterapeut, en logoped, fire ergoterapeuter, sek leger, flere sykepleiere (eksakt antall ikke oppgitt), og en sosiale arbeider.	Det ble holdt ukentlige tverrfaglige møter. Møtene varte opptil to timer. Disse møtene gikk foran som et godt eksempel. Her fikk alle anledning til å uttale seg, fikk snakke uten å bli	Godkjent av etisk komite.	Nivå 1

e Nursing. Volum 37, Issue 2.	stroke survivors.	på å observere både verbal og non verbal kommunikasjon under møtene, møtekultur og deltagelse/engasjement. Det ble sett på hvordan aktørene sammen kom fram til den mest hensiktsmessige behandling og rehabilitering for pasienten.			avbrutt, og videre planer og behandling av pasienten ble gjort etter felles bestemmelse, basert på informasjon fra alle teammedlemmene.		
10. Ruud, May Britt og Kristin	Sykepleie-en balansekunst i rehabiliteringspro	Å beskrive hvordan sykepleiere	Seks sykepleiere fra	Kvalitativ, intervju	Sykepleier innehar flere funksjoner, blant annet	Godkjent av Norsk samfunnsvitenska	Nivå 1

Heggdal 2013 Norge Nr.3, Klinisk Sygepleie, 31 (03), s.31-41	sessen	opplever sin funksjon i rehabiliteringspros essen.	forskjellige institusjoner i tre ulike kommuner i Norge.		ivaretaker- funksjonen. Den innebærer ivaretagelse av alle pasientens behov, og det å kunne se helheten rundt pasienten. Sykepleiers evne til å se pasientens ressurser var en viktig del i rehabiliteringsprosess en. Sykepleier planla, koordinerte, noe som påvirket et godt samarbeid med de andre aktørene i teamet. Sykepleier opplevde at de andre profesjoner forventet	pelige datatjeneste (NSD). Studien er i tråd med Helsinkideklarasj onen.	
---	--------	---	--	--	---	--	--

					<p>at sykepleier var den som samlet trådene, og sørget for å sy sammen de ulike tiltakene til en helhetlig plan rundt pasienten.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 2: Søkeoversikt

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
10/3.2016	Nursing role.mp	Medline	1024	0		
	Interdisciplinary/		36461	0		
	1 and 2		28	0		
	Rehabilitation/		17111	0		
	Collaboration.mp		47220	0		
	4 and 5		92	35		
	3 or 6		120	40	15	4(Nr. 5,6,7 og 8).
08/3.2016	Rehabilitation nursing, mp	Medline	1541	0		
	Stroke/or stroke. mp		205038	0		
	Interdisciplinary. mp		35754	0		
	Patient care team/ or multidisciplinary. mp		101101	0		
	3 and 4		128013	0		
	1 or 2		206417	0		
	5 and 6		2129	0		
	Nurses experiences.mp		48	7	2	
	5 or 8		128057	0		
	6 and 9		2129	0		

	Nurses perceptions		173	0		
	10 or 11		348	30	4	1 (Nr.9).
01/3.2016	Interprofessional teamwork.mp.	Medline	162	0		
	Role perceptions.mp		116	0		
	Nurs*		594268	0		
	1 or 2		278	0		
	3 and 4		118	62	4	2 (Nr. 3 og 4).
31/2.2016	Collaboration.mp	Medline	45654	0		
	Communication/		67413	0		
	Rehabilitation/		17035	0		
	1 and 2		1148	0		
	3 and 4		6	6	0	
	Nurs*.mp. or nurses role/		587416	0		
	Stroke.mp		69003	0		
	6 and 7		1920	0		
	5 or 8		1926	0		
	Interdisciplinary. mp		35496	0		
	9 and 10		57	20	3	2 (Nr. 1 og 2).
15/2.2016	Rehabiliteringsprosessen (Manuelt søk)	SveMed	1	1	1	1 (Nr. 10).
	Til sammen:					10 artikler

Vedlegg 3: PIO skjema

P	I	O
Stroke Brain stroke Patient*	Multidisciplinary Multiprofessional Rehabilitation Nurs* Collaboration	Nurses function Nurses experiences Nurses perspective Nursing role
Slag Hjerneslag Pasient	Tverrfaglig Tverrprofesjonell Rehabilitering Sykepleie Samarbeid	Sykepleiers funksjon Sykepleiers erfaringer Sykepleiers perspektiv Sykepleiers rolle